Aus der chirurgischen Abteilung des Martin-Luther-Krankenhauses
Berlin-Grunewald
Chefarzt: Prof. Dr. Nordmann

ÜBER DAS ULCUS SIMPLEX COLI

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Medizinischen Doktorgrades

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Christa Havestadt

aus Berlin

Tag der Promotion: 14. Juni 1940

Buchdruckerei Franz Linke, Berlin NW 7, Marienstr. 13

M 114

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz
Referent: Prof. Dr. Rostock

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern

Pathologische Anatomie.

Die ulzerösen Prozesse am Darm sind im allgemeinen an die Tätigkeit eines spezifischen Erregers gebunden. So entsteht die Darmtuberkulose, die Darmlues, Typhus, Ruhr, Cholera und die Colitis ulcerosa. Ebenso kann durch die lokale Einwirkung eines chemischen Mittels eine Läsion der Darmschleimhaut und als weitere Folge eine Ulzeration bewirkt werden. Auch werden am Darm, insbesondere am Dickdarm, Geschwüre beobachtet, die durch Röntgen- oder Radiumbestrahlungen verursacht wurden. Oberhalb von Darmstenosen können sich durch den Druck des Kots und unter der Einwirkung der Darmbakterien sogenannte Sterkoralgeschwüre bilden. An dieser Stelle entwickeln sich auch oft durch Einrisse oder Zirkulationsstörungen Dehnungsgeschwüre, besonders dann, wenn die Erweiterung des Darms besonders schnell eingetreten ist.

Das Ulcus simplex coli, von dem in dieser Arbeit die Rede sein soll, ist von all diesen Geschwürsbildungen mit bestimmter Pathogenese zu unterscheiden. Es ist am ehesten mit dem peptischen Ulcus des Magens und des Duodenums zu vergleichen. Das Ulcus simplex coli ist erst sehr selten beschrieben worden, doch geben die verschiedenen Mitteilungen aus dem Schrifttum bereits ein anschauliches Bild dieser Erkrankung. Wie schon der Name sagt, tritt das Geschwür meist einzeln auf. Ein multiples Vorkommen ist jedoch auch verschiedentlich beobachtet worden. In keinem Falle wurden allerdings mehr als sechs Ulcera gefunden. Hierdurch unterscheidet sich das Ulcus simplex von fast allen anderen ulzerösen Darmerkrankungen, die meist einen ganzen Darmabschnitt ergreifen wie bei Typhus, Ruhr und der Colitis ulcerosa. Tuberkulöse Darmgeschwüre können allerdings auch vereinzelt auftreten. Dann ist aber stets auch eine Lungentuberkulose nachzuweisen. Außerdem sind sie durch die histologische Untersuchung mit Sicherheit vom Ulcus simplex zu unterscheiden.

Das Ulcus simplex kann in allen Darmabschnitten entstehen. Es bevorzugt nicht die Verengungen. Im Gegensatz zur Diverticulitis, die meist ihren Sitz im Colon sigmoideum hat, wird das Ulcus simplex häufiger an der rechten Darmhälfte gefunden. In den meisten Fällen ist es am freien Rand oder an der Vorderfläche des Darms lokali-

siert. Seine Größe schwankt sehr. Das Ulcus kann linsen- bis fünfmarkstückgroß sein. Auch seine Gestalt ist ganz verschieden. Die runden oder ovalen und dann stets längsgestellten Ulcera sehen manchmal wie ausgestanzt aus, zeigen aber auch oft eine unregelmäßige Begrenzung. Makroskopisch und mikroskopisch gleicht das Ulcus simplex coli weitgehend dem Magengeschwür. Der Grund ist gelb, weiß oder grau. Der Rand ist scharf und nicht erhaben. Das Ulcus kann ganz flach sein, aber auch in die Tiefe greifen und bis zur Serosa vordringen. Histologische Untersuchungen ergaben ein Fehlen des Epithels der Mukosa und der Muskularis. Das darunter liegende Gewebe hat seine Struktur verloren und sich in zellarmes, narbiges, aber sehr gefäßreiches Bindegewebe umgewandelt. Die angrenzenden Darmpartien können völlig unverändert sein, werden aber auch häufig entzündlich infiltriert gefunden. Es kann dadurch zur Verengerung des Darmlumens oberhalb und unterhalb des Ulcus kommen.

Im Jahre 1902 fanden Quénu und Duval, die zum erstenmal über das Ulcus simplex coli berichtet haben, bei den von ihnen angefertigten Serienschnitten eine trombosierende Endarteriitis. Dieser Befund wurde auch von anderen Autoren bestätigt. In dieser Gefäßschädigung, in deren weiterem Gefolge es zu einer Andauung der ernährungsgestörten Schleimhaut kommen soll, sehen viele den Grund für die Entstehung des Ulcus. Nach Zickler kann eine solche trombosierende Endarteriitis durch eine entzündliche Erkrankung der Nachbarorgane entstehen. Sie soll zum Beispiel durch eine Parametritis, Cystitis oder Epidydimitis hervorgerufen werden können. Andere Autoren führen ganz andersartige Gründe für die Entstehung des Ulcus simplex an. Es bestehen also auch hier wie für das Ulcus ventriculi und duodeni die verschiedensten Theorien, ohne daß durch eine von ihnen die wirkliche Ursache bewiesen werden könnte. Ein gleichzeitiges Vorkommen des Ulcus simplex coli mit einem Magengeschwür, das relativ häufig beobachtet wurde, ist der Grund für die Annahme, daß bei beiden die gleichen aetiologischen Faktoren eine Rolle spielen. Wenn für das Ulcus duodeni dieselbe Ursache wie für das Ulcus ventriculi angenommen wird, so sollte dies auch für die etwas tiefer gelegenen Geschwüre des Dickdarms seine Geltung haben. Somit würden also auch die vielen Theorien, die für die

Entstehung des peptischen Ulcus genannt werden, für die Aetiologie des Ulcus simplex coli zur Anwendung kommen. Barron ist der Meinung, daß es sich bei all diesen Geschwürsbildungen des Intestinaltraktes, die zur Gruppe des peptischen Ulcus gehören, um die Manifestation einer allgemeinen Krankheit handele.

Auf Grund der in der Anamnese vieler Patienten angegebenen chronischen Obstipation, könnte man in dieser einen aetiologischen Faktor erblicken. Man könnte sich somit das Ulcus durch den Druck harter Kotballen entstanden denken. Diese Theorie würde aber nur für die im Colon sigmoideum oder im Rektum vorkommenden Ulcera gelten, da der Stuhl in den höher gelegenen Darmabschnitten noch ziemlich dünnflüssig ist und keinen so starken Druck ausüben kann.

Nach Kocher kommt es durch die Kotstauung zunächst zur Dehnung des betreffenden Darmabschnittes und weiter zur Stase in dem betreffenden Mesenterialgebiet. Dadurch kommt es weiterhin zu Ekchymosen, Epithelabschilfung und infolgedessen zur oberflächlichen Nekrose der Darmschleimhaut. In dem durch die venöse Stase sich bildenden Trombus sieht also Kocher die eigentliche Ursache des Ulcus simplex coli. Dieser Meinung schließt sich auch Prutz an. Nach der Auffassung von von Greyerz und von Schimodeira wird durch die Dehnung der Darmwand der arterielle Zustrom gestört und dadurch die Entstehung eines Ulcus an der ernährungsgestörten Stelle gefördert.

Rosenheim ebenso wie Soupault schildern die Entwicklung des Ulcus folgendermaßen: Durch Stauung des Darminhaltes kommt es zur Gärung und dadurch zur Vermehrung der Darmbakterien, denen sie dann eine erhöhte Virulenz zuschreiben. Die Ernährungsstörung, durch die es weiter zur Ulzeration kommt, sieht Rosenheim als eine Folgeerscheinung des durch diese Darmbakterien hervorgerufenen chronischen Entzündungszustandes des Darms an.

Sowohl Kocher als auch Rosenheim fassen also die Obstipation als mechanische Ursache des Ulcus simplex auf. Barron wendet dagegen ein, daß die chronische Obstipation eine der weitverbreitetsten Krankheiten ist und somit bestimmt nicht als der einzige Grund für seine Entstehung zu werten ist. Als mechanische Ursache würde auch eine Entstehung des Ulcus aus Erosionen und Fissuren,

die durch Fremdkörper hervorgerufen werden, aufzufassen sein. Jedoch wurde in den 50 von Barron angeführten Fällen nur einmal ein Fremdkörper gefunden. Dieser war aber wahrscheinlich an der durch das vernarbende Ulcus verengten Darmstelle liegen geblieben.

Auch Boß glaubt an die Möglichkeit der Entstehung eines Ulcus auf mechanischem Wege, indem er ein vorausgegangenes Trauma als Ursache annimmt. Durch einen Druck oder Stoß von außen könne es zu einer leichten Darmwandschädigung, etwa in der Art eines Blutextravasats, kommen und weiter zur Andauung der ernährungsgestörten Schleimhaut. Auch Frattin — auf Grund von Tierexperimenten — und Westphal geben diese Möglichkeit der Entstehung zu.

Gandy glaubt, daß das Dickdarmgeschwür durch eine Toxinämie verursacht wird. Durch die hierbei entstehende allgemeine hämorrhagische Diathese komme es auch am Darm stellenweise zur Nekrose der Schleimhaut und weiterhin zur hämorrhagischen Erosion und Ulzeration.

Andere Autoren vertreten die Meinung, daß das Ulcus simplex coli durch bestimmte parasitäre Erreger hervorgerufen wird. Rosenow und Mayo behaupten sogar, daß ein Ulcus entstände, wenn die betreffenden Erreger künstlich in die Blutbahn gebracht würden. Dickinson nimmt an, daß es durch eine Infektion zunächst zur Entzündung des Drüsengewebes komme, die dann auf die Mucosa übergreife und so die Ulzeration verursache. Auch Stahr kam auf Grund verschiedenster Beobachtungen zu der Meinung, daß bestimmte Parasiten das Ulcus erzeugten. Er glaubt an einen Zusammenhang mit dem Trichocephalus dispar. Andrang und Himmelreicher nehmen an, daß die Läsion der Schleimhaut durch Ascariden verursacht wird. Auch Mintz sieht dies in einem Fall von Ulcus simplex bei einem jungen Mädchen, bei dem vorher Spulwürmer festgestellt worden waren, als eine mögliche Ursache an.

Trotzdem das Krankheitsbild des Ulcus simplex coli noch relativ selten beschrieben wurde, gibt es also bereits die verschiedensten Theorien über seine Entstehung. Keine von ihnen kann aber als vollständig beweisend angesehen werden. Somit bleibt also auch hier, wie bei so vielen Erkrankungen des Menschen, die Aetiologie noch als Problem bestehen.

Klinik.

Die klinischen Erscheinungen des Ulcus simplex sind so vollkommen uncharakteristisch, daß es bisher noch fast unmöglich war, die richtige Diagnose vor der Operation zu stellen. Das Dickdarmgeschwür kann, ohne die geringsten Erscheinungen zu machen, jahrelang bestehen, geradeso wie ein Magengeschwür oder ein Gallenstein. Man kann also von „Geschwürsträgern" sprechen und sie von den „Geschwürskranken" unterscheiden. Das Geschwür kann spontan ausheilen und wird dann bei der späteren Obduktion als Nebenbefund festgestellt. Klinisch in Erscheinung tritt das Ulcus simplex meist erst kurz vor oder nach der Perforation. Unbestimmte Darmbeschwerden, auf die der Patient kaum geachtet hat, sollen manchmal vorausgehen. Von allen Autoren wird angegeben, daß die Patienten anamnestisch von einer jahrelang bestehenden, zum Teil hochgradigen Obstipation berichten. Manchmal soll an einer umschriebenen Stelle im Leib ein Schmerz sowohl spontan als auch auf Druck aufgetreten sein. Die Kranken berichten, daß diese Schmerzattacken im Laufe der Zeit in immer kürzeren Abständen und immer heftiger aufgetreten seien. Auch wird eine Wechselbeziehung zwischen Schmerz und Verstopfung beschrieben: Nach lang andauernder Obstipation seien die Schmerzen immer stärker geworden, um dann nach übermäßiger Stuhlentleerung wieder völlig zu verschwinden. Manchmal werden Schmerzanfälle kurz nach der Nahrungsaufnahme angegeben. Auch Darmsteifungen sind beobachtet worden. Wichtig ist der Nachweis von Blut im Stuhl. Bei dem tiefsitzenden Mastdarmgeschwür ist das Blut sogar meist makroskopisch sichtbar. Wenn es bei einem schon länger bestehenden Ulcus zur entzündlichen Verdickung der Darmwand und zu Verklebungen mit der Umgebung gekommen ist, so kann an der Stelle des örtlichen Druckschmerzes ein Tumor gefühlt werden. Alle diese Symptome sind vollkommen atypisch und können den Verdacht auf die verschiedensten Erkrankungen des Darmtraktus hinlenken. Nur in den seltensten Fällen wird der Arzt an die Möglichkeit des Vorhandenseins eines Ulcus simplex coli denken.

Das schmerzlose Entstehen entzündlicher Darmprozesse wird von verschiedenen Autoren (Bachlechner, v. Bergmann, Kulenkampf) durch eine Zwischen-

lagerung sogenannter „stummer Bauchregionen" erklärt. Wenn der entzündete Darmabschnitt sozusagen eingebettet ist in einen Mantel von schmerzunempfindlichen Darmschlingen, so ist es möglich, daß eine Entzündung abläuft, ohne daß alarmierende peritoneale Reizerscheinungen eintreten. v. Bergmann betont, daß in 15 Fällen von Appendicitis 10 Fälle vollkommen unbemerkt abgelaufen seien. Kulenkampf erklärt diese Schmerzunempfindlichkeit damit, daß das „mesenteriale Stadium" der Appendicitis nur ein schmerzhaftes Druckgefühl in der Tiefe des Bauches verursache, das sehr oft unbemerkt bleibt. In ähnlicher Weise ist wohl auch das fast symptomlose Entstehen des Ulcus simplex coli zu erklären, insbesondere wenn man bedenkt, daß es sich hierbei nicht um einen so ausgesprochen entzündlichen Vorgang wie bei der Appendicitis handelt.

Da der Sitz des Ulcus simplex sehr häufig die Ileocoecalgegend ist, werden die Patienten sehr oft mit der Diagnose „akute Appendicitis" zur Operation in das Krankenhaus eingewiesen. Das Krankheitsbild des entzündeten Ulcus simplex coli kurz vor oder nach der Perforation läßt sich auch kaum von dem der Wurmfortsatzentzündung unterscheiden. Die richtige Diagnose ist besonders dann unmöglich, wenn das Ulcus im Coecum lokalisiert ist. Die Patienten geben sehr heftige Schmerzen im rechten Unterbauch an, die plötzlich aufgetreten seien. Es besteht Fieber und allgemeines Krankheitsgefühl. Die Zunge ist belegt. Der Mac Burnsche Punkt ist außerordentlich druckempfindlich. Abwehrspannung und alle übrigen Symptome der akuten Appendicitis können einwandfrei nachgewiesen werden. Ist die Perforation bereits erfolgt, so kommt der Patient mit den Anzeichen der allgemeinen Peritonitis zum Arzt. Es ist dann bei einem Sitz des Ulcus am Coecum völlig unmöglich zu entscheiden, ob es sich um eine perforierte Appendicitis oder um ein perforiertes Ulcus handelt. Bei den meisten der bisher in der Literatur beschriebenen Fälle handelt es sich um Patienten, die erst nach der Perforation in die Behandlung des Arztes kamen, und zwar sind es 49 von den bisher veröffentlichten 72 Fällen. Diese außergewöhnlich hohe Zahl kommt aber wohl sicher dadurch zustande, daß sich das Ulcus simplex meist erst kurz vor oder nach der Perforation bemerkbar macht. Ein spontan ausheilendes Geschwür kommt erst gar nicht

in die Beobachtung der Klinik oder wird wegen der uncharakteristischen Symptome überhaupt nicht diagnostiziert. Die Mortalität bei der durch die Perforation eines Dickdarmgeschwürs verursachten Peritonitis ist außergewöhnlich hoch und beträgt nach Angabe des Schrifttums 75 Proz. Es ist verständlich und ja auch seit langem bekannt, daß das Eindringen des bakterienreichen Darminhalts in die freie Bauchhöhle um ein Vielfaches gefährlicher ist, als die Perforation eines Magenulcus. Der Mageninhalt enthält ja nicht im entferntesten so viel pathogene Keime wie der Dickdarmkot. Er wirkt durch seinen Gehalt an Salzsäure sogar in gewissem Maße baktericid.

Wie beim Ulcus ventriculi und duodeni kann es auch beim Ulcus simplex coli zu einer langsamen, sogenannten „gedeckten" Perforation kommen. Diese Art der Perforation kann die Bildung eines Abszesses zur weiteren Folge haben. Es kann aber auch durch bindegewebige Organisation, Verklebungen und Verwachsungen mit der Umgebung zur Bildung eines Tumors kommen, der dann zu der Gruppe der sogenannten unspezifisch entzündlichen Tumoren zu rechnen ist. Da neben der Perforation die Bildung einer solchen gutartigen Geschwulst die häufigste Komplikation des Ulcus simplex coli darstellt, soll im folgenden etwas ausführlicher über diese „Pseudotumoren" berichtet werden. Auf dem Chirurgenkongreß 1908 wurde von B r a u n zum erstenmal die Aufmerksamkeit auf diese Darmerkrankung gelenkt. Die in der Folgezeit recht häufigen Veröffentlichungen über die unspezifisch entzündlichen Dickdarmgeschwülste zeigen deren große Bedeutung und ihr gar nicht so seltenes Vorkommen. Sie können als Folgeerscheinung der verschiedensten unspezifisch entzündlichen Darmerkrankungen auftreten und sind dann überall dort zu finden, wo peritoneale Flächen sind. Der Pseudotumor hat mit dem echten Neoplasma nur die Form gemeinsam. Im Gegensatz zu diesem wird das ganze Organgefüge geschädigt. Es wuchert also nicht ein bestimmtes Gewebe auf Kosten des anderen. Die entzündliche Geschwulst ergreift fast immer ganze Darmabschnitte, während das Neoplasma meist auf einen kleineren Raum beschränkt bleibt. In den meisten Fällen handelt es sich um Konglomerattumoren, in deren Zentrum sich der entzündete Darmabschnitt befindet. Die besonders starke Bindegewebsentwicklung, die immer wieder bei den ent-

zündlichen Pseudotumoren beobachtet wird, ist nach Tietze in einer besonderen Disposition des Dickdarms begründet. Sie soll durch Lymphstauungen verursacht sein. Läwen spricht von einer durch die Entzündung ausgelösten fibroplastischen Diathese des Gewebes. Es kommt zu einer typischen Reaktion des Gewebes neben dem „formativen Reizzustand einer abgeschwächten, nicht ausheilenden Entzündung". Das Entstehen des Tumors geschieht, ohne daß der Kranke Schmerzen hat. Auch hier wird diese schmerzlose Entstehung durch den die entzündete Stelle umgebenden Mantel schmerzunempfindlicher Darmschlingen erklärt. Somit ist die Differentialdiagnose zwischen entzündlicher Geschwulst und Carcinom sehr schwierig und oft selbst bei der Operation noch nicht mit Sicherheit zu stellen. Oft bringt erst der histologische Untersuchungsbefund die richtige Entscheidung. Wegen der beim Pseudotumor wesentlich besseren Prognose ist aber die Unterscheidung schon vor der Operation von wesentlicher Bedeutung. Nach Harry Weber ist die röntgenologische Untersuchung hier von besonderer Wichtigkeit, und gibt die Möglichkeit des sicheren Nachweises. Der röntgenologische Nachweis des tumorbildenden Defekts geschieht durch den sogenannten Füllungsausfall. Beim Carcinom ist meist nur ein kurzes Stück des Darmrohrs ergriffen. Es kommt zu einer röhrenförmigen Verengung. Charakteristisch ist hierbei die scharfe Abbruchlinie beim Uebergang vom gesunden in den erkrankten Darmabschnitt, in dem das Schleimhautrelief flach und grobhöckrig ist. Beim entzündlichen Tumor dagegen ist die Verengerung des Darms meist ausgedehnter und verschieden stark ausgeprägt. Der Füllungsdefekt geht hier meist ohne scharfe Grenze in den gesunden Darmabschnitt über. Eine gleichzeitige Erkrankung von mehreren Darmabschnitten, zum Beispiel Ileum und Coecum, ist beim Pseudotumor häufig und wird beim Carcinom nur selten gefunden. Durch das Röntgenbild ist im besten Falle natürlich nur eine Unterscheidung zwischen malignem Tumor oder entzündlicher Geschwulst möglich. Ueber die Aetiologie der Geschwulst kann dadurch natürlich nichts ausgesagt werden.

Zum Schluß sei noch auf eine weitere Komplikation des Ulcus simplex coli hingewiesen, nämlich die maligne Entartung. Sie ist im Gegensatz zu der bei Geschwürsbildun-

gen an anderen Stellen des Intestinaltraktes häufiger festgestellten carcinomatösen Veränderung außergewöhnlich selten. In den bisher in der Literatur beschriebenen Fällen berichtet nur Bianchetti über ein Dickdarmcarcinom, das zweifellos auf dem Boden eines Ulcus simplex entstanden war.

Therapie.

Die Therapie wird beim Ulcus simplex coli meist eine operative sein, da die Patienten erst kurz vor, meist sogar erst nach eingetretener Perforation in klinische Behandlung kommen. Ein Versuch der konservativen Behandlung wäre erst dann möglich, wenn es durch klinische Untersuchungsmethoden gelänge, das Ulcus simplex coli zu diagnostizieren, wie das ja beim Ulcus ventriculi oder duodeni der Fall ist. Es ist sicher, daß viele Dickdarmgeschwüre sich unserer Beobachtung entziehen, die nur unbestimmte Leibbeschwerden verursachen und nicht diagnostiziert auch ohne jegliche Behandlung ausheilen.

Findet sich bei der Laparatomie ein Ulcus simplex coli, so ist, falls noch keine Perforation erfolgt ist, und höchstens eine geringgradige Entzündung in der Umgebung besteht, das einfache Einstülpen und Uebernähen des betreffenden Darmabschnitts die Therapie der Wahl. Bombi empfiehlt jedoch auch bei noch nicht perforiertem Geschwür, die Darmresektion vorzunehmen. Ist der Sitz des Geschwürs im Rektum, so kann es auch durch einfaches Verschorfen mit dem Thermokauter zur Heilung gebracht werden. Wenn die Perforation des Ulcus bereits erfolgt ist, so wird in den meisten Fällen die Excision des Ulcus mit nachfolgender Uebernähung genügen. Quénu und Duval halten jedoch in diesem Falle die Resektion des erkrankten Darmabschnittes für notwendig. Auch andere Autoren (Davidowic, Kummer und andere) empfehlen die Darmresektion bei Perforation des Ulcus simplex, da die Darmwand in der Umgebung der perforierten Stelle meist nekrotisch ist, und eine Naht daher unmöglich wird. Boß berichtet von einem Fall, bei dem er nach eingetretener Perforation, da der Geschwürsrand nicht besonders verhärtet erschien, einen einfachen Verschluß durch dreischichtige Naht und Sicherung durch Netzübernähung vorgenommen hat. Der Erfolg war ausgezeichnet. Oberhalb der Perforationsstelle soll in jedem

Falle eine Colostomie angelegt werden, die der Ableitung des infektiösen Darminhalts und Ruhigstellung des Operationsgebietes dient. Barron empfiehlt bei eingetretener Perforation stets eine Ausspülung des Bauchraums vorzunehmen, selbst wenn noch keine Peritonitis besteht. Boß lehnt dagegen eine solche Durchspülung ab. Es könnte auf diese Weise nur zu einer Verschleppung von pathogenen Keimen in den Oberbauch kommen, der im anderen Falle erst frühestens 24 Stunden nach erfolgter Perforation von einer Peritonitis ergriffen würde. Er empfiehlt dagegen eine Drainage des Douglas. In den Fällen, in denen der Patient schon in sehr schlechtem Zustand zur Operation kommt, soll es ratsam sein, die Perforationsstelle selbst zur Anlegung einer Enterostomie zu benutzen. Nach den Erfahrungen von Richard B. Catell ist es jedoch nicht möglich, die Colostomie später einfach zu verschließen, da sich die Passage nicht wieder einstellt. Es müßte also dann, wenn sich der Patient erholt hat, die Resektion des betreffenden Colonteils erfolgen. Ist es durch ein abgeheiltes Ulcus zur narbigen Zusammenziehung des Darms und somit zur Stenose gekommen, so wird vielfach eine kleine plastische Operation schon genügen, um die Darmpassage wieder herzustellen (Barron).

Ein weit größerer chirurgischer Eingriff ist notwendig, wenn auf Grund eines alten Ulcus simplex ein Pseudotumor entstanden ist. Hier soll die Therapie grundsätzlich dieselbe wie beim Carcinom sein. Es wird also in jedem Falle die Resektion des betreffenden Darmabschnitts notwendig sein. Bei Sitz des Tumors in der Ileocoecalgegend wird die Ileocoecalresektion vorgenommen. Ist der Tumor in der linken Darmhälfte lokalisiert, so wird der betreffende Darmabschnitt zunächst vorgelagert und erst in einer späteren Sitzung der Tumor abgetragen. Es folgt dann weiterhin später die End-zu-End-Vereinigung des zuführenden und abführenden Darmschenkels. Der große Eingriff der Darmresektion ist deswegen notwendig, weil selbst während der Operation die sichere Unterscheidung des gutartigen Pseudotumors vom Carcinom nicht möglich ist. Auch ist wegen der so häufig in der entzündlichen Geschwulst enthaltenen abgekapselten Abscesse die Radikaloperation angebracht, weil so am ehesten die Peritonitis vermieden wird. Nach Finsterer würde bei Pseudotumoren der linken Colonhälfte die einfache Colostomie

genügen, um die vollständige Ausheilung herbeizuführen. In dem ruhiggestellten Darmabschnitt sollen sich die Tumoren völlig zurückbilden können und der Darm wieder durchgängig werden. Er beweist dies an zwei eigenen und zwei von Schnee beschriebenen Fällen. Bei Sitz des Tumors in der rechten Darmhälfte empfiehlt Finsterer die bilaterale Darmausschaltung. Bei diesem operativen Vorgehen muß natürlich das Bestehen eines Carcinoms mit Sicherheit ausgeschlossen sein. Alle anderen Autoren empfehlen mit Entschiedenheit die Darmresektion als die Therapie der Wahl beim entzündlichen Pseudotumor. Die Prognose ist beim Pseudotumor natürlich eine erheblich bessere als beim Carcinom. Nach Nordmann beträgt die Mortalität nur 15 Proz. Bei einer primären Resektion muß natürlich stets darauf geachtet werden, daß keine Eiterung in der Umgebung besteht. In diesem Falle muß von der Resektion zunächst abgesehen werden. Der Abceß wird dann zunächst eröffnet und drainiert.

Fälle

Die meisten Fälle von Ulcus simplex coli wurden in Deutschland und Frankreich beschrieben. Als erster war es Curveilhier, der 1830 einen Fall veröffentlichte. Erst im Jahre 1902 wurde die erste zusammenfassende Darstellung des Krankheitsbildes von Quénu und Duval gebracht. Die beiden Autoren berichteten über 27 Fälle mit dem von ihnen beschriebenen Fall eines Ulcus simplex im Rektum. Im Jahre 1928 konnte Maurice E. Barron eine Zusammenstellung von 53 Fällen, die bis dahin in der Literatur veröffentlicht waren, bringen. Bis zum Jahre 1938 wurden weitere 19 Fälle veröffentlicht. Somit sind also insgesamt bisher 72 Fälle beschrieben worden. Bis auf den von G. Bombi beschriebenen Fall wurde jedesmal die Diagnose des Ulcus simplex erst während der Operation gestellt. Nur 17 mal wurde die Operation noch vor der Perforation des Ulcus vorgenommen. Nach Angabe des Schrifttums besteht eine Mortalität von 75 Proz. Das Ulcus simplex coli kommt bei Männern häufiger vor als bei Frauen, nach Barron in einem Verhältnis von 2 : 1. Das Alter der Patienten liegt zwischen 18 und 80 Jahren, jedoch tritt das Ulcus simplex bei Männern am häufigsten zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr, bei Frauen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr auf.

In der chirurgischen Abteilung des Martin-Luther-Krankenhauses in Berlin wurden in den letzten 8 Jahren zwei einschlägige Fälle von Ulcus simplex beobachtet. Ich gebe im folgenden einen kurzen Bericht über Anamnese, Befund, Behandlung und Verlauf dieser beiden Fälle, von denen ich den einen selbst beobachten konnte.

I. Patientin E. I., 25 Jahre alt.

Anamnese:

Die Patientin ist nie ernstlich krank gewesen. Von Jugend an war sie immer obstipiert.

In der Nacht vom 17. zum 18. Dezember setzten plötzlich heftige, krampfartige Schmerzen im rechten Unterbauch ein. Die Temperatur war nicht erhöht. Es bestand keine Uebelkeit oder sonstige Anzeichen einer Allgemeinerkrankung. Die Aufnahme ins Krankenhaus erfolgte am 20. Dezember wegen Verdachts auf Appendicitis.

Befund:

Es handelte sich um eine Patientin von etwas pasteusem Aussehen in gutem Allgemeinzustand. Die Zunge war stark weißlich belegt. Herz und Lungen waren ohne pathologischen Befund. Am Abdomen bestand eine sehr heftige Druckempfindlichkeit im Mac Burnschen Punkt. Hier war eine deutliche Resistenz tastbar. Die Druckempfindlichkeit reichte ziemlich tief ins Becken herunter, der übrige Leib war weich und ohne pathologischen Befund.

Das Blutbild zeigte eine geringgradige Leukocytose (10 000) und Lymphopenie (12 Proz.), die Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen war beschleunigt und betrug eine Stunde (nach Linzenmeyer). Die Urinuntersuchung zeigte keinen pathologischen Befund.

Bei der gynäkologischen Untersuchung wurde im rechten Unterbauch eine deutliche Infiltration getastet. Der Douglas'sche Raum war druckempfindlich.

Bei der Operation, die wegen der zunehmenden Schmerzen der Patientin am 21. Dezember vorgenommen wurde, fand sich ein im Ganzen gerötetes Coecum, das oedematös und gebläht erschien. An der Vorderwand des Coecums war ein pfennigstückgroßes Stück Netz adhaerent. Darunter fühlte man eine etwa kirschgroße Verhärtung. Es handelte sich um ein Ulcus, über das sich Netz gelegt hatte. In der Umgebung fanden sich keine vergrößerten Lymphknoten. Die Appendix schien entzündlich verändert. Nach der Appendektomie, die in typischer Weise vorgenommen wurde, wurde der ulzerierte Bezirk eingestülpt und doppelt übernäht.

Im weiteren Verlauf kam es zur Bildung eines Wundabszesses, der sich aber bei konservativer Behandlung in wenigen Tagen zurückbildete.

Am 7. 1., also 17 Tage nach der Operation, konnte die Patientin beschwerdefrei entlassen werden.

Die histologische Untersuchung der Appendix ergab eine geringfügige Entzündung der Schleimhaut. Daneben konnte eine stärkere chronische Perityphlitis nachgewiesen werden, die nach dem anatomischen Bilde nicht von der Appendix ausging.

II. Patient W. W., 30 Jahre alt.

Familienanamnese nichts besonderes.

Eigene Anamnese.

1928 Magenbeschwerden: Sofortiges Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme. Besserung der Beschwerden nach diätetischer Behandlung.

1928/29 Mandelentzündung, Nierenentzündung, Gelenkrheumatismus.

2 Monate vor der Krankenhausaufnahme etwa 4 Tage lang Schmerzen in der Magengegend. Es wurde eine Röntgenaufnahme des Magens gemacht, bei der nichts besonderes gefunden worden sei. Angeblich habe der Patient zuviel Magensekret. Etwa 8 Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus hat der Patient etwa 3 Tage lang hellrotes Blut im Stuhl bemerkt.

Jetzige Erkrankung:

Vor 3 Tagen allgemeines Krankheitsgefühl: Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Herzklopfen. Am Tage vor der Aufnahme hatte der Patient zum erstenmal Schmerzen im rechten Unterbauch. Diese Schmerzen wurden immer heftiger, so daß ein Arzt zugezogen wurde, der den Patienten wegen Verdachts auf Appendicitis einwies.

Befund: Der Patient ist in herabgesetztem Kräfte- und Ernährungszustand. Blasse Hautfarbe, mäßig gut durchblutete Schleimhäute. Die Zunge ist feucht und nur wenig belegt.

Herz und Lungen bieten perkutorisch und auskultatorisch keinen krankhaften Befund.

Es besteht eine nur geringe Druckempfindlichkeit im rechten Unterbauch im Bereich des Mac Burnschen Punktes. Der Leib ist im übrigen weich. Leber und Milz sind nicht tastbar. Anal.: mehrere Hämorrhoidalknoten, vorwiegend außen.

Die Temperatur war normal (36,8 Grad). Der Urin war ohne pathologischen Befund.

Blutbild: Erytrocyten: 2,30 Millionen, Hämoglobin 50 Proz. Leucocyten 4200 //—,—,/—,—,4,67,/25,4//

Verlauf:

Auf Grund des Befundes bestand Verdacht auf eine Appendicitis. Es wurde zunächst der Versuch der konservativen Behandlung, Auflegen einer Eisblase usw., gemacht. Die Beschwerden, nämlich anhaltende Schmerzen im rechten Unterbauch, bestanden trotzdem weiter. Drei Tage nach der Aufnahme wurde daher die Operation vorgenommen. Dabei fand sich am Coecum dicht an der Ileocoecalklappe analwärts ein marktstückgroßes Ulcus callosum, das wie ein Magengeschwür aussah. Die Appendix war ohne pathologischen Befund. Es wurde eine typische Appendektomie vorgenommen. Eine kleine Lymphdrüse im zugehörigen Mesocolon wurde exstirpiert. Danach wurde das Ulcus eingestülpt und mit Cöcalwand übernäht. Etagennaht der Bauchdecken.

Die histologische Untersuchung der Appendix ergab eine akute, vorwiegend auf die Schleimhaut beschränkte Entzündung. Muskularis und subseröses Bindegewebe waren frei von entzündlichen Infiltraten. In der gesondert exstirpierten Drüse fanden sich Anzeichen einer chronischen Entzündung und es bestand kein Anhalt für Tuberkulose oder Carcinom.

Die Operation wurde gut überstanden. Die Wunde verheilte sehr schnell und es bestanden bald keinerlei abdominelle Beschwerden mehr.

Wenige Tage nach der Operation bekam der Patient jedoch einen Lungeninfarkt und als Folge davon ein Pleuraempyem. Zweimal wiederholte Rippenresektionen und mehrere Bluttransfusionen waren notwendig, um den Zustand des Patienten zu bessern. Mehrfach wiederholte Untersuchungen des Sputums, des Pleurapunktates und des Stuhls auf Tuberkulose waren negativ. Auch das Röntgenbild der Lungen ergab keinen Anhalt für einen tuberkulösen Prozeß. Der Patient erholte sich durch die Komplikation des Pleuraempyems und eines im Anschluß daran auftretenden subphrenischen Abscesses nur sehr schwer und war erst mehrere Wochen nach der Operation vollkommen fieberfrei. Bei der zum Abschluß vorgenommenen röntgenologischen Untersuchung des Dickdarms fand sich im Coecum nahe dem Uebertritt in die Ultima ilii eine Faltenraffung und eine scheinbare Nischenbildung. Das übernähte Ulcus simplex konnte jedoch nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Im übrigen fanden sich regelrechte Dickdarmverhältnisse.

Zusammenfassung.

Es wurde über das Krankheitsbild des Ulcus simplex coli an Hand von 72 bisher in der Literatur beschriebenen und 2 an der chirurgischen Abteilung des Martin-Luther-Krankenhauses, Berlin, selbst beobachteten Fällen berichtet.

Die Diagnose des Ulcus simplex coli vor der Operation zu stellen ist wegen der sehr uncharakteristischen Krankheitserscheinungen außerordentlich schwierig. Da das klinische Bild bei dem häufigen Sitz des Ulcus in der Coecalgegend dem der akuten Appendicitis weitgehend ähnlich ist, ist in den meisten Fällen durch diese Diagnose die Indikation zur Operation gegeben. Das Ulcus simplex coli wird dann erst während der Operation festgestellt. Die richtige Diagnose des Ulcus simplex kann vor der Operation nur durch die gründliche röntgenologische Untersuchung des Darms gestellt werden. Dies ist in einem der bisher beschriebenen Fälle gelungen. G. Bombi fand bei der Kontrastfüllung des Dickdarms das Bild der Ulcusnische.

Wichtig ist das rechtzeitige Erkennen des Ulcus simplex coli wegen der Gefahr der Komplikationen. Es kann zur Perforation des Ulcus und damit zu der gefürchteten Kot-Peritonitis kommen. Es bilden sich Abscesse oder Verwachsungen, die später zum Ileus führen können. Pseudotumoren können aus einem Ulcus simplex entstehen, ja es kann zur malignen Entartung des Ulcus kommen. Man rechnet mit einer Mortalität von 75 Proz.

Die Therapie wird immer eine operative sein. Sie beschränkt sich auf Einstülpung und Uebernähung des Ulcus, falls die Perforation noch nicht erfolgt ist. Ist das Ulcus bereits perforiert, so wird es excidiert und übernäht. Die teilweise Darmresektion ist notwendig, wenn ein Pseudotumor entstanden ist.

Auch bei den beiden an der chirurgischen Abteilung des Martin-Luther-Krankenhauses in Berlin beobachteten Fällen wurde die Diagnose Ulcus simplex coli erst während der Operation gestellt. Es bestand in beiden Fällen Verdacht auf akute Appendicitis. Der Sitz des Ulcus im Coecum macht diese Fehldiagnose verständlich. In beiden Fällen war es noch nicht zur Perforation gekommen, so daß einfaches Einstülpen und Uebernähen des Ulcus genügten. Komplikationen von seiten des Ulcus traten nicht ein. Beide Patienten konnten geheilt entlassen werden.

Literatur.

Aschoff: Patholog. Anat., spez. Teil.

Bachblechner: Ueber entzündliche Ileocoecaltumoren. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 124 S. 103.)

Barron, Maurice E.: Simple non spexifique ulcer of the colon. (Arch. of Surg. Bd. 17 S. 355.)

Barron: Maurice E.: Simple non specifique ulcer of the colons. (Arch. of Surg. Bd. 50 S. 870 ref.)

Bianchetti: Ulcus simplex des Dickdarms und seine maligne Entartung. (Z. O. f. Chir. Bd. 63 ref.)

Bombi: 1 Fall von Ulcus simplex des Coecums. (Z. O. f. Chir. Bd. 48 ref.)

Boss, W.: Das perforierte Dickdarmulcus, (Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 140 S. 40.)

Boyer, Robert und Louis Tuft: Perforating non specific ulcer of the ascending colon simulating appendicitis. (Z. O. f. Chir. Bd. 51 S. 510 ref.)

Davidowic: Ein Fall von Hemicolectomie wegen Ulcus coli perforatum. (Z. O. f. Chir. Bd. 35 S. 628.)

Charrier: Double ulcère simple de l'anse sigmoide. (Z. O. f. Chir. Bd. 41 ref.)

Finsterer: Die Chirurgie des Dickdarms. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 164 S. 389.)

Finsterer: Pseudotumor der Flexura sigmoidea ein operables Carcinom vortäuschend. (Zbl. f. Chir. Jg. 1936 S. 2252.)

Levy: Zur Kenntnis des Ulcus simklex coli. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 165.)

Levy: Zur Kenntnis des Ulcus simplex coli. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 165.)

Martin: Diffentialdiagnose zwischen tbc., Amöben und einfach chronischem Geschwür im Rectum und Sigmoid (Z. O. f. Chir. Bd. 58 ref.)

Marwedel: Ueber Ulcus rotundum des Coecum. (Zbl. f. Chir. Jg. 53 S. 2406.)

Mintz: Ulcus simplex coli. (Zbl. f. Chir. Jg. 50 S. 1208.)

Moll: Phlegmone und isoliertes Ulcus des Colons. Beitrag zur Casuistik. (Zbl. f, Chir. Jg. 53 S. 2274.)

Nordmann: Die Entwicklung der Dickdarmchirurgie in den letzten 25 Jahren. (50. Tagung d. Dtsch. Ges. f. Chir. 1926.)

Quervain: Die operative Behandlung chronisch entzündlicher Veränderungen und schwerer Funkionsstörungen des Dickdarms.

Tietze: Ueber entzündliche Dickdarmgeschwülste. (Ergebn. d. Chir. u. Orthopädie Bd. 12.)

Thaler: Ulcus simplex des Coecums. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 164 S. 389.)

Weber: Non neoplastic tumefactive lesions of the large intestine. (Z. O. f. Chir. Jg. 1937 Bd. 4 ref.)

Wilkie: Simple ulcer of the ascending colon and its complications. (Z. O. f, Chir. 1937 ref.)

Lebenslauf.

Ich, Christa Havestadt, wurde am 23. 6. 1912 als Tochter des Regierungsbaumeisters a. D. Dr.-Ing. Christian Havestadt und seiner Ehefrau Hedwig, geb. Leon, in Berlin-Lichterfelde geboren.

Ostern 1918 wurde ich im Lyzeum der Stadt Wiesbaden eingeschult, besuchte von 1919 bis 1924 das Goethe-Lyzeum in Berlin-Schmargendorf und von Ostern 1924 ab das Bismarck-Lyzeum in Berlin-Grunewald, an dessen realgymnasialer Studienanstalt ich Ostern 1931 die Reifeprüfung mit „gut" ablegte. Ich studierte dann in Freiburg und Berlin Medizin, wo ich im Februar 1934 die medizinische Vorprüfung mit „gut" bestand. In den folgenden Semestern studierte ich in Rostock und wiederum in Berlin und bestand dort das medizinische Staatsexamen am 22. Februar 1937 mit „gut".

Ich arbeitete dann als Medizinalpraktikantin zunächst an der inneren und chirurgischen Abteilung des Martin-Luther-Krankenhauses in Berlin-Grunewald und später an der Universitäts-Frauenklinik in Köln a. Rh. Seit dem 15. Juli 1938 arbeite ich als Volontärärztin und später als Assistenzärztin an der IV. medizinischen Universitätsklinik im Robert-Koch-Krankenhaus in Berlin.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Professor Dr. Nordmann meinen Dank für die Ueberlassung des Themas und der Krankengeschichten für diese Arbeit aussprechen.